

- des référentiels clairs et scientifiquement validés ;
- des stratégies de santé respectant le plaisir et la culture alimentaire française ;
- des messages pragmatiques et compréhensibles partant des situations réelles ;
- une implication forte de l'ensemble des acteurs concernés : institutionnels, scientifiques, professionnels du monde de la santé, de l'éducation, de la production, transformation, distribution, consommateurs...
- des actions multiples orientées vers le grand public et les professions relais ;
- des mesures agissant parallèlement, à la fois, sur l'offre alimentaire, sur la communication, la formation ;
- une parfaite articulation entre le niveau local et le niveau national.

Aucune action, mesure ou aucun outil du programme ne peuvent être considérés seuls, comme d'une réelle efficacité. C'est sur la complémentarité et la synergie de ces actions et sur leur cohérence que l'on peut espérer tendre vers les objectifs nutritionnels fixés.

Difficultés de la mise en place du PNNS et défis à venir

Le développement des outils du PNNS a demandé plus de temps que prévu : malgré la bonne volonté des acteurs

scientifiques, la lourdeur des procédures, notamment administratives n'a permis de disposer des repères de consommation, des guides alimentaires, des outils pour les professionnels de santé que tardivement...

Bien que disposant de moyens financiers (directs et indirects) non négligeables, le PNNS souffre de l'insuffisance de création de postes, notamment au niveau des établissements de soins (diététiciennes, praticiens hospitaliers) et des structures déconcentrées.

Si le PNNS est bien reconnu auprès des professionnels, il apparaît qu'il faut beaucoup de temps (et d'énergie) pour faire connaître le PNNS auprès du grand public et imposer les repères de consommation institutionnels comme la référence (notamment par rapport aux multiples autres émetteurs dans ce domaine).

Les premières années du Programme national nutrition santé ont permis de mettre au point les outils et les référentiels. Elles ont permis de donner un cadre de référence. Il apparaît indispensable que les acteurs de terrain s'accaparent ces outils et développent, au niveau local, les actions. La réussite du PNNS repose sur la capacité de voir se développer les actions loco-régionales. L'autre grand pari de ce programme est la capacité de maintenir la cohérence des actions quel que soit le niveau où elles sont développées. C'est seulement à ce prix que l'on peut espérer tendre vers les objectifs initialement prévus. ✨

Pour lire en détail le plan : www.sante.gouv.fr, document Nutrition. Pour consulter les outils du PNNS, site de l'INPES : www.mangerbouger.fr

Le développement des soins palliatifs en France : impact des programmes en cours

« Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement », Loi de 1999.

La reconnaissance officielle des soins palliatifs en France ne date que de 1985-1986 : sous l'impulsion du ministre de la Santé Edmond Hervé, paraît le rapport Geneviève Laroque *Soigner et accompagner jusqu'au bout* qui débouche sur la circulaire ministérielle relative à l'organisation des soins et de l'accompagnement des malades en phase terminale. En 1987, s'ouvre la première unité de soins palliatifs (USP) dans sa conception moderne.

Des enquêtes successives vont enregistrer en 1993 puis en 1998 une progression dans l'évolution des structures d'accueil, mais aussi dans l'évolution des esprits chez les soignants en formation et sur le terrain, et aussi dans la population.

Le concept même de soins palliatifs va s'élargir : les soins palliatifs ne sont plus seulement des soins

terminaux, ils concernent aussi « les personnes de tous âges atteintes d'une maladie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale ».

On estime que 150 000 à 200 000 personnes par an relèvent en France des soins palliatifs. Sur ce nombre environ 130 000 meurent à l'hôpital. Si la France disposait de 2 000 lits de soins palliatifs, on pense y arriver bientôt, sachant que la durée moyenne de séjour en USP est de l'ordre de vingt jours, seulement 36 000 personnes pourraient y être admises.

Il faut aller plus loin. Les services hospitaliers et du domicile doivent adapter leur fonctionnement à la prise en charge des malades en fin de vie, mais aussi se préoccuper en amont des soins palliatifs, lors des phases critiques marquant l'évolution des maladies graves potentiellement mortelles.

C'est dans cet esprit qu'ont été élaborés les programmes de développement.

Jean Kermarec
Pneumologue,
vice-président
de l'Association pour
le développement
des soins palliatifs

1. Programme national de développement des soins palliatifs. 2002-2005, ministère de l'Emploi et de la Solidarité et Comité de suivi.



Programmes de développement des soins palliatifs, 1999-2001 et 2002-2005

Ces deux programmes soutenus par un effort financier important, ont comme objectif de diffuser une culture de soins palliatifs et d'améliorer la capacité de répondre aux besoins de la population.

Les chiffres recensés à fin décembre 1998, en particulier par la direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS) serviront de référence pour mesurer l'impact des programmes.

Le premier programme (1999-2001) est axé sur l'hôpital et le développement prioritaire des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) plutôt que sur les unités fixes (USP).

Le deuxième programme (2002-2005) est complémentaire du premier plan orienté vers l'hôpital. Son objectif premier concerne le domicile, mais il prévoit aussi de poursuivre l'effort dans les établissements de santé, et de sensibiliser et informer le corps social.

L'impact espéré des programmes n'est pas seulement d'ordre quantitatif, il porte aussi sur la qualité du fonctionnement des structures, ce qui nécessite de définir des normes caractérisant les différents types de structures et une démarche qui peut varier suivant les lieux.

Les moyens mis à disposition et leur évolution dans les établissements de soins [41]

L'unité de soins palliatifs (USP)

L'objectif des plans est de mettre en place de façon prioritaire une USP dans chaque région qui en est dépourvue. Encore faut-il définir les critères qui identifient une USP.

L'USP est un centre autonome comptant idéalement 10 à 12 lits et une vingtaine de personnels dont 2 médecins, 12 à 14 paramédicaux dont 7 à 8 infirmiers, 1 psychologue... de façon à pouvoir assurer une surveillance permanente et des soins 24 heures sur 24. L'USP a une triple fonction de soins, de formation et de recherche. Des unités plus petites, minimum 5 lits, ont fait la démonstration qu'elles assurent toutes leurs missions grâce à leur coopération avec un service voisin, de soins de suite et de réadaptation (SSR), par exemple, qui participe à la garde commune de nuit.

Les USP prennent en charge des malades lourds posant des problèmes complexes, généralement en fin de vie. La durée moyenne y est de l'ordre de trois semaines en hôpitaux de court séjour, sensiblement plus longue en SSR.

Des locaux d'accueil font partie de la conception de l'USP pour permettre à la famille de rester auprès de son malade.

Impact des programmes

Le nombre des USP a connu une progression initialement rapide, passant de 1 en 1987 à 22 en 1992, puis à 51 au 30 mai 1997 avec 547 lits (moyenne 10,7 lits par unité).

Au démarrage du 1^{er} plan, fin 1998, la DHOS dénombrait 70 unités avec 675 lits (moyenne 9,6 lits). En fin 2002, le chiffre relevé est de 91 USP avec 834 lits (moyenne 9,1) et fin 2003, on retombe à 78 USP et 782 lits (moyenne 10 lits) avec des critères plus exigeants. De ce fait, le chiffre 2002 n'apparaît pas dans la courbe présentée.

L'impact des plans a été moindre qu'espéré sur l'évolution quantitative des USP avec une augmentation de 8 USP, mais tout de même de 107 lits. L'objectif d'implantation d'une USP par région n'est pas atteint puisque 6 régions en sont encore dépourvues. Par contre, une situation ambiguë a été clarifiée en ne reconnaissant comme USP que les unités autonomes, c'est-à-dire, disposant d'un nombre de personnels soignants suffisant pour assurer une permanence des soins de jour et de nuit. C'est ainsi que des petites structures, de moins de 5 lits, recensées comme USP en 2002 se retrouvent en 2003 dans les lits identifiés de soins palliatifs.

Les services cliniques

Ils ont pour eux d'avoir suivi le malade tout au long de sa maladie, de bien connaître les complications qui le guettent et de pouvoir éventuellement y faire face. Un climat de confiance a pu s'établir avec le malade et sa famille. Mais les soignants, même les plus soucieux des soins palliatifs, peuvent être en difficulté face à des thérapeutiques et des accompagnements complexes demandant une grande disponibilité, d'autant plus que les malades en phase palliative sont nombreux, de l'ordre de 10 % dans chaque hôpital. Pour « garder les malades jusqu'au bout », les services peuvent faire appel à une EMSP ou créer à l'intérieur du service quelques lits identifiés de soins palliatifs.

Les lits identifiés de soins palliatifs [42]²

Ceux-ci correspondent à des lits occupés dans les services par des malades en phase évoluée d'une maladie potentiellement mortelle mais non obligatoirement en phase terminale, justifiant la mise en place de moyens supplémentaires en personnels. La durée de séjour de ces malades est de l'ordre de quatorze jours en moyenne, plus courte que dans les USP qui pourront éventuellement être sollicitées pour un transfert en fin de vie pour des situations complexes.

L'organisation de ces lits n'est pas univoque. Pour certains services, il s'agit de la reconnaissance d'une réalité moyenne : tel service de cancérologie de 20 lits a une moyenne de 4 malades relevant de soins palliatifs dispersés à l'intérieur du service ; 4 lits identifiés, non sectorisés, seront reconnus.

Pour d'autres, les lits identifiés seront regroupés dans un secteur du service, 3 ou 4 par exemple, d'utilisation souple, les malades en phase palliative pouvant déborder vers les lits « standard » du service ou inversement. Un local pour l'accueil des familles peut y être prévu. Dans cette configuration, le degré d'occupation est connu à

2. Guide pour l'élaboration d'une demande de lits identifiés soins palliatifs. Circulaire n° 290 du 25 juin 2004.

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 69.

tout moment et permet de recevoir plus facilement des malades de services extérieurs.

Quelle que soit l'organisation retenue, un des médecins du service est reconnu comme référent soins palliatifs. Il a une formation complémentaire ainsi que l'infirmière. Tous les soignants du service sont sensibilisés à la démarche palliative³. Le médecin référent et l'infirmière référente soins palliatifs peuvent être sollicités par les services de l'hôpital, prélude éventuel à une équipe mobile.

Impact du programme 2002-2005

Fin 1998, les lits « dédiés » soins palliatifs existaient ici et là, mais ils n'ont été recensés vraiment qu'à partir de 2002 et de façon plus précise en 2003. Même si quelques lits classés en USP en 2002 sont comptabilisés en lits identifiés en 2003, l'accroissement est manifeste sur cette seule année d'au moins 400 lits, soit 813 lits fin 2003. Pour plus de clarté, il serait souhaitable de recenser sous deux rubriques les lits identifiés : les lits identifiés non sectorisés réservés aux malades du service, et les lits identifiés sectorisés ouverts également à des malades venant d'autres services ou de services extérieurs à l'hôpital. Les lits sectorisés devraient donc concerner des services ouverts sur la pathologie générale, tels que les services de médecine interne, de gériatrie, de pneumologie...

La somme des lits de soins palliatifs reconnus comme tels, lits en USP et lits identifiés, passe ainsi de 1 187 lits fin 2002 à 1 615 lits fin 2003.

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) [47]

Il s'agit d'une équipe comportant au minimum un médecin et un infirmier titulaires du diplôme universitaire de soins palliatifs ou équivalent, d'un psychologue et d'une secrétaire à mi-temps.

Elle dispose de locaux spécifiques professionnels et pour l'accueil des familles.

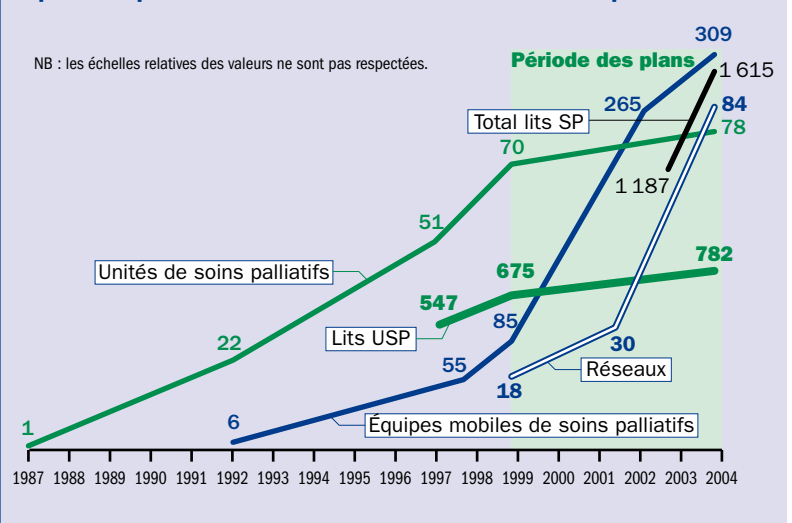
À la demande de tous les services de l'hôpital, et parfois de l'extérieur, elle intervient pour des conseils : conseils cliniques et thérapeutiques après examen par le médecin soins palliatifs, conseils touchant à la réalisation de certains gestes techniques par l'infirmière soins palliatifs. L'équipe mobile joue ainsi un rôle fondamental dans la formation des soignants qui se traduit au fur et à mesure du temps, par une modification de la nature des demandes : plus orientées au démarrage vers des problèmes somatiques, puis de plus en plus axées sur des préoccupations psychologiques et d'accompagnement des malades et de leurs familles (figure 1).

Impact des programmes

Dès avant les programmes, la progression des EMSP a été rapide passant de 6 en 1992 à 55 à mi 1997 (10 par an), 85 fin 1998 (20 par an). Cette progression s'accélère à partir de 1998 comme le voulait le premier plan dans des proportions considérables : 60 nouvelles

figure 1

Impact des plans sur l'évolution des structures de soins palliatifs



équipes naissent chaque année si bien qu'en fin 2001 le nombre d'EMSP atteint 265. Avec le 2^e plan, l'augmentation se ralentit : 291 fin 2002, 309 fin 2003.

La situation s'est totalement modifiée dans un sens favorable et dans un temps record avec cependant des décalages suivant les régions. Par ailleurs, la composition des équipes n'est pas toujours adaptée aux besoins et souvent éloignée de celle préconisée par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) [47]. La présence d'au moins deux infirmiers est nécessaire pour que l'équipe puisse avoir une disponibilité suffisante pour répondre rapidement aux appels des services et ainsi faire la démonstration de son évidente utilité et lever les réticences de certains cliniciens.

Avec des EMSP plus étoffées, la question se pose de les voir sortir davantage de leur établissement. D'ores et déjà, des EMSP desservent d'autres établissements de soins : hôpitaux, cliniques, services de gériatrie de leur secteur... Certaines EMSP vont même au domicile quand il n'existe pas de réseaux de proximité de soins palliatifs, officiellement appelés réseaux de santé de soins palliatifs.

À domicile

Les réseaux de santé de soins palliatifs

Pour reprendre l'expression de G. Poutout : « Un réseau de soins palliatifs ne se décrète pas, il ne peut naître que si les professionnels de ville trouvent la motivation pour s'engager dans cette action ». C'est souvent à leur initiative que naît le réseau, parfois à l'initiative de l'hôpital.

Les réseaux de proximité de soins palliatifs sont donc apparus, en général, après une première étape qui a vu se réunir en association des soignants libéraux de toutes disciplines : médecins, infirmiers... suivie d'une

3. Guide de bonnes pratiques de démarches palliatives en établissements. Circulaire n° 257 du 9 juin 2004.



deuxième étape faisant émerger une équipe de coordination compétente en soins palliatifs comportant : 1 ou 2 médecins, 2 ou 3 infirmiers, 1 psychologue et 1 secrétaire.

L'équipe de coordination, parfois appelée « équipe mobile de ville », disponible idéalement 7 jours sur 7, en déplacement ou au téléphone suivant les horaires, intervient sur un territoire bien délimité, se rend au domicile du malade à la demande du médecin traitant. Elle ne participe pas directement aux soins mais, après expertise, les coordonne, et recherche des maillons manquants pour le maintien à domicile : assistante sociale, kinésithérapeute, aides-soignantes (en relation avec les services de soins infirmiers à domicile et les centres communaux d'action sociale) et aussi aides ménagères, auxiliaires de vie... Le médecin traitant, affilié au réseau, peut, par convention avec les hôpitaux de proximité, avoir accès au dossier du malade. L'équipe a par ailleurs, un rôle fondamental dans la formation des soignants libéraux, et aussi des familles.

Impact des programmes

La progression des réseaux est rapide : de 18 en fin 1998, le nombre atteint 30 en 2001 et 84 en fin 2003. Les réseaux de soins palliatifs, dès lors qu'ils fonctionnent bien, ont modifié de façon fondamentale la prise en charge globale du malade et favorisé ainsi son choix de rester au domicile. En parallèle s'est développée une relation d'estime entre tous les personnels impliqués et aussi les bénévoles accompagnants, unis dans un même projet et le même souci de formation dans un contexte de convivialité.

À côté de ces services spécifiques, d'autres structures se trouvent impliquées dans les soins palliatifs.

Les services d'hospitalisation à domicile (HAD) [64]

Coordonnée par un médecin (conseil technique) et une surveillante (planification de l'action), l'HAD projette ses équipes hospitalières sur différents secteurs du domicile sur une région donnée. L'HAD a pour mission de poursuivre à la sortie de l'hôpital, en collaboration avec le médecin traitant libéral qui a la responsabilité du malade, des soins lourds et continus. Parmi les malades pris en charge par l'HAD, on estime qu'environ 30 % sont en phase palliative.

Pour un secteur donné, une surveillante coordinatrice de l'HAD représente l'interface entre les hôpitaux où elle intervient et le domicile. Dès lors qu'un service hospitalier sollicite l'HAD, la surveillante coordinatrice est la première personne de l'HAD qui voit le malade : elle est là pour le rassurer, préparer tous les éléments nécessaires à son suivi, mettre en place les matériels à domicile.

Une infirmière surveillante de secteur de l'HAD prend le relais, assure la liaison avec le médecin traitant, organise les soins à domicile, met en place les infirmiers et les aides-soignantes qui interviendront tous les jours au domicile. L'assistante sociale de l'HAD peut être sollicitée et le médecin traitant s'entretenir à tout moment avec

le médecin coordinateur de l'HAD. L'HAD peut, en cas de besoin, avoir recours à une infirmière libérale.

Les HAD sont des structures majeures pour la prise en charge des malades graves à domicile. Pour les accompagner jusqu'au bout, elles possèdent la compétence et disposent de moyens matériels importants, sans frais pour les malades. Mais elles connaissent des contraintes importantes de temps, compte tenu du nombre de malades à voir et de la durée de soins complexes.

De ce fait, certaines HAD ont isolé, au sein même de leur structure, une équipe référente de soins palliatifs à la disposition des surveillants du secteur, comportant un médecin, une infirmière et un psychologue...

Impact du programme

Le nombre des HAD publiques et privées a augmenté de façon rapide, mais dans des proportions difficiles à évaluer. Le point de départ, fin 1998, se situe de façon différente suivant les sources d'information : 52 dont 32 publiques pour la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), seulement 30 pour la DHOS correspondant sans doute aux publiques. Les chiffres retenus par la FNEHAD sont en septembre 2004, de 121 HAD, dont 64 publiques.

Au plan du fonctionnement, si une certaine complémentarité peut se trouver entre le réseau et l'HAD concrétisée dans certains cas par une convention, il reste à trouver une articulation entre l'HAD et le système libéral. Le médecin libéral, qui reste dans tous les cas de figures le responsable du malade, n'est pas en cause. Par contre, les infirmières soignantes libérales, référentes du malade depuis longtemps « se sentent exclues... par l'HAD », comme l'écrit une infirmière [64], dans la mesure où les infirmières de l'HAD se substituent à elles, « sans l'avis du patient », alors que la formule de réseau leur permet de garder toute leur place. Cette situation est en voie d'évolution.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et coordinations gérontologiques

Le SSIAD est placé sous la responsabilité d'une infirmière coordinatrice qui encadre une équipe d'aides-soignantes. Une ou deux aides-soignantes passent au domicile jusqu'à une ou deux fois par jour, pour assurer les soins d'hygiène, pour aider à la toilette et à l'habillage de la personne âgée.

La coordination gérontologique correspond à la formule la plus élaborée du centre local d'information et de coordination (CLIC). Elle est organisée par une assistante sociale le plus souvent. Celle-ci évalue la situation au domicile de la personne âgée et fait appel aux acteurs nécessaires et en particulier au SSIAD, éventuellement aux HAD ; et collabore avec les réseaux existants. Il existe plusieurs CLIC par département, mais leurs moyens sont variables.

Les équipes de bénévoles d'accompagnement

Le rôle des bénévoles d'accompagnement, sélectionnés et formés, a été reconnu par la loi de 1999 et les condi-

tions requises pour leur intervention déterminées par un décret de l'an 2000. Elle nécessite que l'équipe de bénévoles soit rattachée à une association de soins palliatifs reconnue, qu'une convention soit signée avec un établissement de soins ou pour le domicile avec un réseau de santé soins palliatifs ou une structure de soins.

Des équipes de bénévoles accompagnants sont présentes de façon quasi systématique dans les USP, de façon optionnelle auprès des EMSP, dans certains services cliniques, dans les services de gériatrie et les EHPAD et au domicile en particulier auprès des réseaux de soins palliatifs de proximité.

Les accompagnants bénévoles, intervenant en équipe coordonnée ont été mis en place en France à partir de 1986. Les conséquences de la loi de 1999 peuvent être perçues au travers de l'évolution des chiffres de bénévoles d'accompagnement formés tels qu'ils ont été recensés par la SFAP : 2 436 en 1997, 3 700 en 2000, 4 321 fin 2003.

L'organisation des soins palliatifs, une complémentarité des intervenants et des structures qui se cherchent

Le désir de la majorité des Français est de terminer ses jours à la maison. Mais le peuvent-ils ? La question se pose le plus souvent à l'hôpital, lors de sa sortie. C'est souvent à ces moments que se joue une orientation que l'on voudrait adaptée.

Un souhait du programme 2002-2005 : une concertation médico-sociale favorisant le retour du malade à domicile

On aimerait voir se généraliser ce type d'organisation où le service social joue un rôle si important. C'est ainsi que, dans certains hôpitaux, des concertations hebdomadaires réunissent médecin, infirmière et assistante sociale. Les uns et les autres connaissent le malade, ont vu la famille. L'assistante sociale a pu avoir connaissance des conditions de vie du malade et des aides possibles pour le maintien à domicile par l'intermédiaire de sa collègue travaillant dans le secteur du malade. À titre d'exemple, cette relation est pratiquement institutionnalisée entre un hôpital et une coordination gérontologique.

Au terme de cette concertation et en fonction du désir du malade et de sa famille, plusieurs options sont possibles :

1. Maintien du malade jusqu'au terme, dans le service hospitalier, qui peut assumer soins palliatifs et accompagnement, avec l'aide d'une EMSP, si elle existe, éventuellement dans un lit identifié.

2. Transfert dans une USP de court ou de moyen séjour (surtout pour les personnes âgées). Après préparation du malade et de la famille, et avec son accord, ce transfert peut être envisagé à court terme, ou à plus long terme, si une prise en charge satisfaisante s'avérait n'être plus possible.

3. Retour au domicile. Là aussi, il doit être préparé. Avec l'accord du médecin traitant libéral qui prendra la responsabilité du malade, différentes solutions seront envisagées : il peut faire face avec ses propres moyens, en s'appuyant sur un SSIAD, une HAD, ou suivant les possibilités locales, en travaillant avec un réseau de soins palliatifs. La possibilité d'aller-retour sur le service hospitalier d'origine permettra, le cas échéant, des ajustements thérapeutiques.

Les difficultés rencontrées tiennent à des problèmes psychologiques, structurels et financiers.

- Faire des réunions de concertation médico-sociale nécessite de la part des soignants et des assistantes sociales, une estime réciproque, une organisation du temps et une habitude de travailler ensemble qui est encore loin d'être la règle.

- Jouer la complémentarité entre les services cliniques et structures spécifiques de soins palliatifs sous-entend non seulement de reconnaître les atouts des uns et des autres, mais aussi de reconnaître ses limites.

- Le nombre de lits de soins palliatifs reste insuffisant, avec par ailleurs, une grande disparité suivant les régions. Les 5 régions les mieux loties totalisent 66 % des lits de soins palliatifs et 53,5 % des réseaux, les 17 autres régions et les Dom Tom : 33 % et 46,5 %. Il faut pourtant se garder de faire un parallèle entre les moyens et la qualité de la prise en charge des malades.

- Le système de tarification à l'activité « T2A », actuellement pénalisant pour les USP, paraît en voie de règlement.

Conclusion

Les soins palliatifs connaissent une évolution très favorable dans trois domaines : la très rapide progression à l'hôpital des EMSP, et au domicile des réseaux de soins palliatifs et des HAD.

Le nombre de lits de soins palliatifs reste insuffisant, avec un déficit en USP. Certes, les lits identifiés sont en nette augmentation, mais leurs indications sont différentes et ils restent encore peu accessibles aux malades extérieurs au service dans lequel ils sont implantés. L'organisation se met en place, il reste encore beaucoup à faire :

- augmenter les moyens en gériatrie en favorisant les lits identifiés et les EMSP ;

- améliorer la coordination médico-sociale lors de la sortie d'hôpital et la complémentarité entre les réseaux de soins palliatifs, les HAD, les équipes mobiles extra-hospitalières et les coordinations gérontologiques.

Tout cela demande motivation de la part des soignants et une formation qui s'inscrive dans le concept de médecine globale et l'esprit humaniste qui ont marqué la médecine française. Il faut aussi que l'ensemble du corps social soit informé et sensibilisé à la philosophie de l'accompagnement et des soins palliatifs et des moyens à sa disposition ; c'est l'objet de l'axe 3 du programme. ✨